

様式第3号 (第14条関係)

会 員 番 号									
0	0	0	2	9	9	0	0	0	1

健康診断等給付金請求書

〇〇年〇〇月〇〇日

公益財団法人ひたちなか市生活・文化・スポーツ公社
理 事 長 様

会 員 住 所 〒312-0052
ひたちなか市東石川1279

会 員 氏 名 平成 花子 花平
子成

電 話 番 号 ***-***-****

次のとおり、給付金を請求します。

1. 給付理由 健康診断等 インフルエンザ予防接種

金額	円
----	---

2. 受取方法 現金 サービスセンター窓口
現金 事業所
会費口座へ振込
会費口座以外へ振込の場合は下記に記入して下さい。

金融機関名	銀行・信用金庫	本 店
	組 合・労働金庫	支 店
口座の種類	普通・当座	口座番号
口座名義人	(フリガナ)	

*** 受給者氏名の記載のある領収書(複写可)を添付して下さい。**

※記載事項については、勤労者福祉サービスセンターの事務以外には一切使用いたしません。

課長	副参事	課長補佐	係長	担当	受 付 印